Директору КГАУ ДО СШОР «Ерофей»

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу принять меня / моего сына / мою дочь / *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя, отчество)*

Дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для обучения в краевом государственном автономном учреждении дополнительного образования «Спортивная школа олимпийского резерва «Ерофей»

* По дополнительным образовательным программам спортивной подготовки по виду спорта «скалолазание»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ФИО | Контактный телефон |
| Мать |  |  |
| Отец |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места регистрации | Адрес фактического проживания |
|  |  |

С Уставом учреждения, Правилами приёма ознакомлен(а).

С проведение индивидуального отбора согласен.

К заявлению прилагаю:

**1.  копию свидетельства о рождении (паспорта) ребенка.**

**2.  медицинскую справку от участкового врача с указанием, что ребенок может по состоянию здоровья заниматься выбранным видом спорта (скалолазанием)**

**3. копию медицинского полиса.**

**4. Копию СНИЛС**

**5. Копию паспорта родителя (законного представителя)**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\**